ISSN 2181-3187

ОСТРАЯ ДИАРЕЯ У ДЕТЕЙ

Муллажонова Шахнозахан Комильжановна
Андижанский общественный здравоохранительный техникум
по имени Абу Али ибн Сины, преподователь

Аннотация

У каждого ребенка в первые годы жизни хотя бы один раз возникает острая инфекционная диарея. В связи с этим данное заболевание является одной из самых актуальных проблем педиатрии. В развитых странах диарейные заболевания крайне редко имеют неблагоприятный исход, но в развивающихся странах они остаются одной из главных причин детской смертности.

Ключевые слова: *диарея, инфекция, ротавирусы, гастроэнтериты, иммунитет, дегидратация, регидратация, сорбенты, пробиотики.*

Частые жидкие испражнения, вызванные поражением желудочно-кишечного тракта, не следует путать с нормальным калом периода новорожденности и грудного возраста. У младенцев наблюдается пастообразный или жидкий стул с легким кислым запахом, если они находятся на грудном вскармливании, и более плотный и вязкий кал при кормлении смесями. Физиологическая частота дефекации у новорожденных — до 8 раз в сутки, что не относится к понятию «диарея».

Кратковременный понос встречается при погрешностях в диете — одномоментном употреблении большого количества сладостей, жирной или вредной пищи. У грудничков расстройство желудка бывает при переводе на другую смесь или при введении прикорма. Симптом проходит за пару дней и не сопровождается общим ухудшением самочувствия. Иногда диарея у ребенка начинается при сильном стрессе, но после устранения провоцирующего фактора она сразу же исчезает.

Это самая распространенная причина нарушений стула у детей, которая выявляется во всех возрастных группах, но наибольшую угрозу представляет для малышей до 5 лет. Для инфекционных диарей характерно острое внезапное начало, наличие других признаков отравления — тошноты и рвоты, резей в брюшной полости, урчания и метеоризма. По этиологическому принципу кишечные инфекции разделяют на следующие группы:

- Вирусные. Ротавирусы, норовирусы, энтеровирусы — основные причины поноса в педиатрической практике. Они вызывают жидкий стул, в котором заметны примеси слизи, с частотой до 15-20 раз за сутки. Иногда при дефекации наблюдаются водянистые выделения с каловым запахом, что указывает на тяжелую секреторную форму диареи.
- Бактериальные. При сальмонеллезе выделяется жидкий зловонный кал зеленого цвета, при эшерихиозе — ярко-желтые или оранжевые испражнения, при шигеллезе происходит дефекация скудным объемом слизи с примесью

ISSN 2181-3187

крови по типу «ректальному плевка». Для холеры характерны водянистые испражнения в виде «рисового отвара».

• Протозойные. Педиатры периодически сталкиваются с лямблиозом, который протекает как типичный энтерит или энтероколит. Реже у детей развивается амебиаз, для которого патогномонична диарея «малиновым желе» — слизистые испражнения с большим количеством кровяных прожилок.

Аллергические энтероколиты у детей проявляются жидким слизистым стулом, в котором могут присутствовать частицы пищи. При тяжелой форме болезни в кале появляется примесь крови. Интенсивность симптома зависит от количества съеденного аллергена и типа реакции гиперчувствительности — диарея может возникать в промежутке от нескольких часов до нескольких дней с момента употребления аллергена. Она сочетается с респираторными и кожными симптомами.

Затяжная диарея длительностью более 14 дней либо протекающая с периодами обострения и ремиссии наблюдается у больных гастроэнтерологического профиля. Она более характерна для детей школьного возраста, в основном связана с неинфекционными воспалительными поражениями кишечника, других органов пищеварения. К этой группе патологий относятся:

• Врожденные расстройства. Длительные и многократные поносы развиваются у детей, страдающих целиакией, дисахаридазной недостаточностью. Типично ухудшение состояния пациента после приема соответствующих продуктов. При дефекации выделяются обильные кашицеобразные или жидкие зловонные массы, в стуле могут быть частицы непереваренной пищи.

• Соматические болезни. Периодические эпизоды диареи встречаются при неадекватной диете и недостаточном медикаментозном контроле хронического панкреатита, холецистита, гепатита. Обострение возникает после употребления запрещенных продуктов. Жидкий стул сопровождается болью в проекции пораженного органа, тошнотой, рвотой.

• Воспалительные патологии кишечника. При болезни Крона ребенок жалуется на многократные жидкие испражнения, сильную боль в животе. Иногда в момент дефекации открывается обильное кровотечение, в каловых массах появляются алые прожилки или темные кровяные сгустки. При неспецифическом язвенном колите поносы скудные, в испражнениях видны примеси крови.

Острый аппендицит в детской хирургии может протекать под маской пищевой токсикоинфекции. У ребенка наблюдается многократный жидкий стул без патологических примесей, и это отличает клиническую картину воспаления аппендикса от «взрослого» варианта. Понос сопровождается отказом от еды, тошнотой и рвотой, болями в полости живота. При этом патогномоничные физикальные симптомы и защитное напряжение мышц выражены незначительно.

В современной педиатрии встречается антибиотик-ассоциированная диарея, причем ее частота максимальна у детей первых лет жизни, что связано с

ISSN 2181-3187

неполноценностью кишечной микрофлоры. Обычно симптомы расстройства ЖКТ провоцирует лечение цефалоспоринами, тетрациклинами, линкозамидами и макролидами. У ребенка отмечается стул до 10-15 раз в день. Каловые массы жидкие или пенистые, зловонные, с зеленоватым оттенком.

При обследовании педиатр тщательно собирает анамнез, интересуется, не было ли в семье или в организованном детском коллективе больных с подобной симптоматикой. Чтобы исключить острую хирургическую патологию, оценить нутритивный статус, степень обезвоживания, проводится физикальный осмотр. Для выяснения причины диареи применяется ряд диагностических методов:

- УЗИ брюшной полости. Сонография — быстрый и неинвазивный метод, который позволяет исключить неотложные хирургические состояния и изучить особенности строения ЖКТ. В ходе обследования врач может обнаружить хронические воспалительные процессы, врожденные аномалии развития, признаки повреждения печени, поджелудочной и других органов.
- Рентгенография ЖКТ. При хронической диарее гастроэнтеролога интересует состояние стенок желудка и кишечника, поэтому он назначает рентгеновские снимки с контрастированием бариевой взвесью. Ирригография помогает исключить поражение толстой кишки.
- Анализы кала. Типичные отклонения в копрограмме: наличие непереваренных частиц пищи, исчерченных мышечных волокон, повышенное содержание слизи и лейкоцитов. Бакпосев испражнений производится для исключения бактериальных кишечных инфекций. Вирусные возбудители идентифицируются с помощью ПЦР кала.
- Исследования крови. Клинический и биохимический анализы нужны для оценки общего состояния ребенка, диагностики наличия и степени обезвоживания. Серологические реакции используют для выявления инфекционных возбудителей при тяжелом течении и генерализации заболевания.

Если у ребенка диарея, его следует регулярно поить, чтобы не допустить эксикоза. Для этих целей подойдет слегка подсоленная кипяченая вода, компот из сухофруктов, некрепкий травяной чай. Жидкость дают маленькими порциями (по 1-2 чайной ложки) каждые 5-10 минут. После жидкой дефекации нужно давать 50-200 мл воды, в зависимости от возраста и веса. При категорическом отказе от приема пищи, нельзя насильно заставлять ребенка кушать.

Чтобы быстро вывести токсины из организма, можно использовать энтеросорбенты. Самостоятельно назначать лечение антибиотиками и другими лекарствами запрещено. Если диарея у ребенка сопровождается примесями крови в кале, полным отказом от воды и еды, резким повышением температуры, нужно обратиться за экстренной медицинской помощью. Еще один тревожный признак — резкие абдоминальные боли, особенно в правой половине живота, что может указывать на аппендицит.

Детям с удовлетворительным общим состоянием лечение проводится амбулаторно. Остальные категории пациентов подлежат госпитализации в инфекционный, гастроэнтерологический или хирургический стационар. Поскольку чаще всего встречается острая инфекционная диарея, основным

ISSN 2181-3187

принципом терапии является адекватная регидратация. Соответственно тяжести эксикоза она проводится по трем схемам:

- План А. При отсутствии обезвоживания или легкой степени дегидратации назначают пероральную регидратацию водой или специальными растворами оральной регидратационной соли (ОРС). Ребенку дают жидкость регулярно маленькими глотками, после испражнения он должен выпить не меньше половины стакана воды. Младенцам на естественном вскармливании рекомендуют увеличить частоту прикладывания к груди.
- План Б. При умеренном эксикозе в первые 4 часа обеспечивают усиленную пероральную водную нагрузку, чтобы ликвидировать патологические потери при частой дефекации. После улучшения самочувствия переходят на стандартную поддерживающую регидратацию, как в плане А.
- План В. Тяжелый эксикоз требует немедленного начала внутривенных вливаний солевых растворов. Их объем и электролитный состав рассчитываются на основе веса пациента и результатов анализов крови. После выведения ребенка из тяжелого состояния используют пероральный способ регидратации.

Важную роль играет диета. При острых диареях в первые дни необходимо щадящее питание — протертые каши, слизистые супы, сухое галетное печение, небольшое количество тушеных овощей. Далее рацион расширяют нежирным мясом, кисломолочными продуктами. При поносах на фоне холецистита или панкреатита меню составляют, учитывая основную болезнь. Расстройства стула из-за целиакии требуют строгого соблюдения безглютеновой диеты.

Медикаментозное лечение подбирается с учетом причины диареи. При легких и среднетяжелых острых кишечных инфекциях этиотропное лечение не проводится. Однако тяжелые бактериальные инфекции с гемоколитом — абсолютное показание к антибиотикотерапии. Обязательно назначают антибиотики детям, страдающих первичными и вторичными иммунодефицитами, тяжелыми сопутствующими патологиями.

Энтеросорбенты, противорвотные и противодиарейные препараты (по строгим показаниям!) составляют патогенетическое лечение диарейного синдрома. Для улучшения микрофлоры кишечника детям рекомендованы пробиотики в комбинации с пребиотиками. Лекарства сокращают длительность расстройств стула, ускоряют восстановление функций пищеварительного тракта у детей. При хронических кишечных патологиях гастроэнтеролог должен пересмотреть схему терапии.

Неотложная помощь детских хирургов требуется при остром аппендиците. К плановым оперативным вмешательствам прибегают у детей с тяжелым и часто рецидивирующим течением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) — болезни Крона и неспецифического язвенного колита. Оперативное лечение назначается для остановки кровотечения, иссечения изъязвленного участка кишечника, сегментарной резекции с наложением анастомоза.

ISSN 2181-3187

Литература:

1. Guarino A., Albano F., Ashkenasi S., et al. ESPGHAN/ESPID Evidence-based Guidelines for the Management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatric Gastroenter Nutr 2008; 46, Suppl. 2:S81—184.

2. Guerrant R.L. Principles and syndromes of enteric infection. In G.L.Mandell, et al. Principles and Practice of infection diseases, 4th ed. 1995, chap.75.

3. Vela' zquez F.R., Matson D.O., Calva J.J., et al. Rotavirus infection in infants as protection against subsequent infections. N Engl J Med. 1996;335:1022–1028.

4. Gleizes O., Desselberger U., Tatochenko V., et al. Nosocomial rotavirus infection in European countries: a review of the epidemiology, severity and economic burden of hospital-acquired rotavirus disease. Pediatr Infect Dis J 2006; 25:12—21.